

В. В. Широких (Мариинский Посад). Внутрибрюшные кровотечения после аппендэктомии

Вторичные кровотечения в брюшную полость после аппендэктомии опасны тем, что дают высокий процент летальности, а диагностика их нередко представляет значительные трудности.

Основная причина таких кровотечений заключается в погрешностях техники оперативного вмешательства. Чаще всего наблюдается расслабление и соскальзывание лигатуры с брыжейки червеобразного отростка. Это бывает обусловлено: недостаточным затягиванием лигатуры, особенно при наличии в брыжейке обильного количества жира; излишней инфильтрацией брыжейки раствором новокаина, после рассасывания которого создаются условия для ослабления и сползания лигатуры; распространенным среди части хирургов приемом подтягивания культи брыжейки к кيسетному шву с целью его дополнительной перитонизации, что приводит к значительному натяжению лигатуры и соскальзыванию ее либо к повреждению сосудов брыжейки. Кровотечение из сосудов брыжейки может быть профузным.

Вторым источником кровотечения являются недостаточно тщательно лигированные сосуды спаек и сращений, рассекаемых при выделении червеобразного отростка. Эти кровотечения не столь грозны, как из сосудов брыжейки отростка, но все же могут привести к большим скоплениям крови в брюшной полости.

В некоторых случаях кровотечение бывает обусловлено повреждением субсерозно расположенного сосуда с последующим образованием и разрывом субсерозной гематомы. Кровоточить могут участки поврежденной забрюшинной клетчатки. Иногда причиной вторичных внутрибрюшных кровотечений служит расплавление инфицированных тромбов мелких сосудов или соскальзывание лигатуры в результате распада участка инфицированной с тромбированными сосудами брыжейки.

Чтобы избежать такого грозного осложнения, каким является вторичное внутрибрюшное кровотечение, нужно помнить следующее.

1. Оперативный доступ должен быть достаточно широким, отношение к тканям — исключительно нежным. При малейшем затруднении в выделении червеобразного отростка разрез необходимо увеличить. Особенно это важно при фиксированной слепой кишке и при ретроцекальном расположении отростка.

2. Короткую и широкую брыжейку (тем более отечную) надо перевязывать по частям, применяя прошивные шелковые лигатуры. От перевязки брыжейки кетгутom следует отказаться. Инфильтрируя брыжейку раствором новокаина, нужно стремиться вводить раствор ближе к корню брыжейки. Количество вводимого раствора не должно превышать 2—4 мл.

3. Дополнительная перитонизация культи брыжейки области кисетного шва — скорее порочный технический прием, чем необходимость. Этот способ значительно увеличивает возможность соскальзывания лигатуры.

4. Если хирург во время операции встречается с обилием спаек и сращений, то гемостаз в подобных случаях требует особого внимания. Каждую кровоточащую спайку следует тщательно лигировать.

5. Вместо грубых резиновых дренажей для подведения антибиотиков лучше использовать микроирригаторы.

При установлении диагноза вторичного внутрибрюшного кровотечения в послеоперационном периоде только срочная релапаротомия может спасти больного. Ни о каких попытках консервативного лечения этих больных не может быть и речи.

УДК 616.346.2—616—007.64

В. Н. Кожанов (Вурнары). Дивертикул червеобразного отростка

В доступной нам литературе мы не нашли описания аномалии в строении червеобразного отростка, подобного обнаруженному нами, и поэтому сочли возможным поделиться своим наблюдением.

К., 61 года, поступила с жалобами на приступообразные боли в правой подвздошной области. Заболела 5 дней назад.

Температура 37,2°. Живот умеренно вздут, болезнен в правой подвздошной области, там же выраженные мышечные напряжения. Симптомы Щеткина — Блюмберга, Ровсинга и Воскресенского справа резко положительны. Печень и селезенка не прощупываются. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Пульс 84, ритмичный. АД 130/75. РОЭ — 6 мм/час. Л. — 12 000.

Диагноз: острый аппендицит.

Оперирована под местной анестезией. Отросток без брыжейки, плотно припаян к терминальному отделу подвздошной кишки, располагается под ее серозой. Серозную оболочку подвздошной кишки рассекали и отросток мобилизовали. При этом выявился дивертикул 1,5×1 см, обращенный в просвет кишки. При выделении дивертикула вскрылся просвет кишки, последний ушили наглухо. Удаленный отросток резко утол-